

گزارش یک مورد سل دیواره خلفی اوروفارنکس

چکیده

دستگاه تنفسی فوقانی محل نادری برای عفونت باسیل توبرکلوز است (۱/۹٪ از کل موارد ابتلا به سل). درگیری نازوفارنکس و لوزه کامی به تعداد کمی گزارش شده است اما درگیری دیواره خلفی اوروفارنکس بسیار نادر می باشد. بیمار خانم ۶۷ ساله ای بود که از بلع سخت و دردناک با سیر پیشرونده ۲ ماه پیش از بستری شکایت داشت و به بیمارستان مراجعه کرده بود. بیمار همچنین سابقه ۲ ماهه سرفه و خلط، بدون هموپتیزی همراه با تب و لرز و تعریق و کاهش وزن را داشت. در معاینه، اگزودای حلق و لنفادنوپاتی گردن و در رادیوگرافی قفسه سینه تصاویر رتیکولونودولر منتشر و لنفادنوپاتی اطراف ناف ریه وجود داشت. در اندوسکوپی حلق ضایعه ای زخمی در دیواره خلفی اوروفارنکس مشاهده و در بیوپسی کشت مایکوباکتریوم مثبت شد. بیمار پیش از آماده شدن کشت، با توجه به مثبت بودن اسمیر خلط، ضایعات اوروفارنکس و عکس قفسه سینه، با تشخیص سل ارزنی همراه با درگیری اوروفارنکس تحت درمان قرار گرفت و با حال عمومی خوب مرخص شد اما ۱ ماه بعد به علت عدم مصرف داروها فوت کرد. مجاری هوایی فوقانی، اغلب نسبت به سل مقاوم هستند اما تماس مکرر با خلط آلوده می تواند بر این مقاومت غلبه نماید. سل حلقی جزء مواردی است که باید در تشخیص افتراقی ضایعات حلق بویژه در مناطق اندمیک قرار گیرد. از جمله تشخیصهای افتراقی مهم این ضایعات، بدخیمیها هستند، بنابراین برای رسیدن به تشخیص قطعی لازم است تا از ضایعه فضاگیر نمونه بیوپسی برداشته شود. همچنین استفاده از روش درمان با مشاهده مستقیم (DOT=Directly Observed Therapy) برای درمان توصیه می شود.

I دکتر شاهین قاسمی

II دکتر علی چهرئی

III *نادر صدیق

IV سارا اخوان فرد

کلیدواژه ها: ۱- سل ۲- اوروفارنکس ۳- حلق

مقدمه

درگیری دیواره خلفی اوروفارنکس بسیار نادر می باشد (۳ و ۴). در این مقاله یک مورد درگیری دیواره خلفی اوروفارنکس در جریان سل ارزنی که با شکایت اصلی بلع سخت و دردناک مراجعه کرده بود گزارش می شود.

دستگاه تنفسی فوقانی محل نادری برای عفونت با باسیل سل است. در یک مطالعه که روی ۸۴۳ بیمار مبتلا به سل انجام شد تنها ۱۶ مورد (۱/۹٪) دارای درگیری دستگاه تنفسی فوقانی بودند که از بین آنها تنها ۵ مورد به صورت اولیه بوده است (۱ و ۲).

معرفی بیمار

بیمار خانم ۶۷ ساله است که با شکایت بلع

درگیری نازوفارنکس (Nasopharynx) و لوزه کامی (Palatine tonsil) به تعداد کمی گزارش شده است اما

این مقاله در سومین سمینار پژوهشی دانشجویان در تهران سال ۱۳۸۱ ارائه شده است.

(I) استادیار و متخصص بیماریهای عفونی، بیمارستان شهدای هفتم تیر، شهرری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(II) پزشک عمومی، عضو کمیته پژوهشی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(III) دانشجوی پزشکی، عضو کمیته پژوهشی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (*مؤلف مسئول).

(IV) دانشجوی پزشکی، عضو کمیته پژوهشی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

سخت (Disphagy) و دردناک (Odinophagy) به بیمارستان شهدای هفتم تیر مراجعه کرده بود.

مشکل بیمار به صورت تدریجی و از ۲ ماه پیش از مراجعه شروع شده بود و سیر پیشرونده داشت بطوری که در هنگام مراجعه به بیمارستان قادر به خوردن جامدات و نوشیدن مایعات نبود و با بلع مواد غذایی دچار تهوع و استفراغ می شد و مواد غذایی از بینی او بیرون می زد.

بیمار سابقه سرفه و خلط را بدون همپتزی از ۲ ماه قبل ذکر می کرد. همچنین در طی این مدت تعریق شبانه، تب و لرز متناوب و کاهش وزن (۱۵-۱۰ کیلوگرم) داشت و از ۲۰ روز قبل از بررسی دچار خشونت صدا نیز شده بود.

بیمار سابقه کاهش بینایی و کاهش قدرت شنوایی را از چند سال قبل و سابقه دیابت کنترل شده را از ۱۰ سال قبل داشت که تحت درمان با گلی بن کلامید (۲ عدد روزانه) بوده است.

سابقه مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر نداشت اما سیگاری غیرفعال بود (همسر بیمار ۱۰۰ بسته در سال سیگار مصرف می کرد).

همسر او نیز به دنبال CVA مکرر حدود ۸ ماه قبل به علت عفونت ریوی (بدون مشخص شدن عامل عفونی ایجاد کننده) فوت کرده بود. شواهدی به نفع وجود بیماریهای خاص از جمله بیماریهای ریوی در سایر اعضای خانواده وجود نداشت.

در معاینه بالینی، در ابتدای مراجعه درجه حرارت دهانی بیمار ۳۷/۳ درجه سانتیگراد و تعداد تنفس و ضربان قلب او به ترتیب ۱۶ تنفس و ۷۰ ضربان در دقیقه و فشار خون ۲۳۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه بود.

در معاینه سر و گردن دهان خشک و در ناحیه حلق اگزودای فراوان به رنگ زرد کم رنگ و به صورت کاملاً غلیظ و چسبنده روی یک زمینه اریتماتو و زخمی مشاهده شد.

ناحیه ساب منتال بین دو زاویه فک کاملاً پر به نظر می رسید و در لمس کمی دردناک بود.

در سمت راست و در ناحیه تحتانی مثلث خلفی گردن ۲ غده لنفاوی به هم چسبیده به اندازه حدود ۲×۳ سانتیمتر غیرحساس، نرم و متحرک و در سمت چپ در مثلث خلفی گردن نیز ۲ غده لنفاوی ۰/۵×۰/۵ سانتیمتر با همان مشخصات لمس گردید اما لنفادنوپاتی در زیر بغل و کشاله ران وجود نداشت.

معاینه قلب، شکم و اندامها، سیستم عصبی بیمار و همچنین آزمایشهای بیوشیمی خون، تستهای کارکرد کبدی و تستهای انعقادی طبیعی بود.

آزمایش شمارش سلولهای خونی بیمار شامل گلبولهای سفید ۷۵۰۰ در هر میکرولیتر (مونوسیت=۲٪، لنفوسیت=۲۹٪، نوتروفیل=۷۹٪) و هموگلوبین ۱۳/۷ گرم بر دسی لیتر و پلاکت ۲۸۸۰۰۰ در هر میکرولیتر و سرعت رسوب گلول قرمز برابر ۵۵ میلیمتر در یک ساعت بود.

تیترا پروتئین واکنشی C بیمار نیز ۱/۱۶۰ گزارش شده بود.

در رادیوگرافی قفسه سینه تصاویر رتیکولوندر منتشر و دو طرفه همراه با لنفادنوپاتی اطراف ناف ریه وجود داشت (تصویر شماره ۱).

در آزمایش اسمیر مستقیم ترشحات حلق بیمار، باسیل اسیدفاست دیده شد.

در آندوسکوپی انجام شده در ناحیه اوروفارنکس در سمت راست دیواره خلفی یک ضایعه برجسته فضاگیر با مخاط زخمی مشاهده گردید (تصویر شماره ۲). اما در مری و معده ضایعه ای وجود نداشت.

بررسی آسیب شناسی از نمونه بیوپسی، بافت نکروزه با کلونیزاسیون قارچی، بدون وجود شواهد بدخیمی و بررسی میکروب شناسی، کشت مثبت مایکوباکتریوم توبرکلوزیس را نشان داد. تست PPD بیمار نیز مثبت بود.

آندوسکوپی و یافته‌های عکس قفسه سینه، با تشخیص سل ارزنی همراه با درگیری اوروفارنکس تحت درمان با ایزونیاژید (۳۰۰ میلی گرم روزانه)، ریفامپین (۴۵۰ میلی گرم روزانه)، پیرازینامید (۱ گرم روزانه)، اتان بوتول (۸۰۰ میلی گرم روزانه) و ویتامین B_۶ قرار گرفت. برای کنترل فشار خون، قرص کاپتوپریل (۲۵ میلی گرم ۳ بار در روز) و برای کنترل قند خون قرص گلی بن کلامید (۳ عدد روزانه) تجویز گردید. پس از حدود ۲ هفته درمان، حال عمومی بیمار بهبود قابل ملاحظه‌ای پیدا کرد و بیمار قادر به خوردن و نوشیدن شد و اگزودای ضایعات حلق نیز از بین رفت.

پس از بررسی مجدد آنزیمهای کبدی و طبیعی بودن آنها، بیمار با حال عمومی خوب و با توصیه به ادامه درمان و مراجعه ۲ هفته بعد به درمانگاه، مرخص شد. با گذشت یک ماه از تاریخ مرخص شدن بیمار مراجعه نکرد که در پیگیری انجام شده مشخص گردید که بیمار تحت تاثیر اطرافیان غیرپزشک، داروهای خود را مصرف نکرده و به علت حمله شدید هموپتیزی فوت کرده است.

بحث

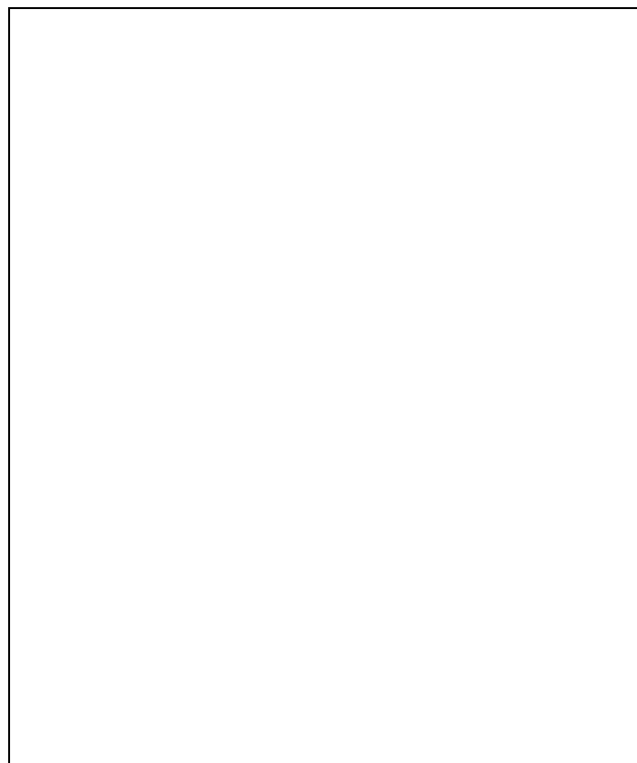
با پیشرفتهای اخیر در درمانهای طبی، شیوع سل مجاری هوایی فوقانی بسیار کم است و در صورت وجود اغلب همراه با سل فعال ریوی می باشد (۲، ۵، ۶، ۷ و ۸).

در این حالت باسیل از کانون ریوی به مجاری هوایی فوقانی انتشار یافته و ممکن است بیماری ریوی تابلوی بالینی غالب نباشد (۹). تاکنون ۲ روش برای آلوده شدن این مجاری توضیح داده شده است که عبارتند از:

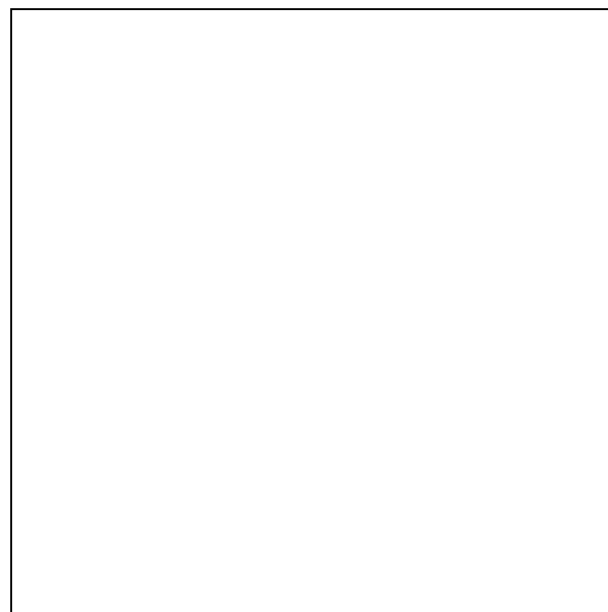
(۱) راههای هوایی: آلوده شدن مستقیم توسط تهویه بینی یا بطور ثانویه توسط
Canalized bacillary expectoration.

(۲) از طریق انتقال توسط خون یا لنف از محل اولیه که معمولاً کانون ریوی می باشد (۱۰ و ۱۱).

مجاری هوایی فوقانی اغلب نسبت به سل مقاوم هستند که علت آن اثر مهاري بزاق بر باسیل سل و عمل پاک کنندگی بزاق، حضور ساپروفیتها، آنتاگونیسم عضلات



تصویر شماره ۱- ضایعات رتیکولر ندولر به صورت پراکنده و لنفادنوپاتی در ناف ریه دیده می شود.



تصویر شماره ۲- ضایعه فضاگیر در خلف اوروفارنکس در این تصویر مشاهده می شود.

بیمار پیش از آماده شدن جواب کشت با توجه به اسمیر مثبت و ضایعات دیده شده در اوروفارنکس توسط

مخطط نسبت به تهاجم باکتریایی، اثر محافظتی اپی‌تلیوم آن (۱۲) و PH موضعی (۵) می‌باشد. با وجود این تماس مکرر با خلط آلوده می‌تواند بر این دفاع غلبه کند (۱۳). امروزه درگیری سر و گردن در سل بطور غالب در دهه سوم تا پنجم زندگی مشاهده می‌شود بنابراین در مواردی که بیماران مسن هستند تمام شکلهای مشکوک سل از گروه وسیعی از بیماریهای التهابی مزمن، گرانولومایی و نئوپلاسمها باید افتراق داده شود (۹). تا اواسط دهه ۱۹۸۰ با پیشرفت در درمان دارویی، برنامه‌های واکسیناسیون و پاستوریزاسیون شیر بروز سل حلقی در حال کاهش یافتن بود اما بعد از آن به علت عواملی مثل ظهور HIV و به وجود آمدن گونه‌های مقاوم این باکتری، افزایش نشان داد (۵). سل حلقی در ۰/۶٪ از کل بیماران مبتلا به سل مشاهده می‌شود (۱۰ و ۵). همچنین درگیری دهانی یا حلقی در ۱/۴۴٪ از بیماران مبتلا به سل ریوی گزارش شده است (۱۱).

نکته قابل توجه آن است که درگیری حلق و لوزه‌ها بویژه در بیماران با وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین دیده می‌شود (۱۴). سل رینوفارنژیال در زنان شایعتر از مردان بوده و در بالغین در ۲ رده سنی ۳۰-۱۵ سال و ۶۰-۵۰ سال بیشتر دیده می‌شود (۱۰). در برخی از مطالعات به مصرف دخانیات و سطح پایین اجتماعی فرد به عنوان عوامل خطر ساز اشاره شده است (۱۰). عفونت فارنژیال معمولاً بسیار آهسته پیشرفت می‌کند و به شکل یک ضایعه ندولار مزمن و نامنظم در سطح مخاط دیده می‌شود. سل حلقی به عنوان یک اصل، با درد زیاد و اغلب غیرقابل تحمل همراه می‌باشد. درد معمولاً ثابت بوده و به گردن و گوشها تیر می‌کشد و در هنگام بلع شدت آن افزایش می‌یابد (۱۱). عفونت نازوفارنکس ممکن است به صورت زخمی شدن یا بطور شایعتر به صورت یک ضایعه فضاگیر دیده شود (۶ و ۱۵). شایعترین یافته این درگیری لنفادنوپاتی گردنی (۷۰٪) و پس از آن ترشح از بینی یا گرفتگی بینی می‌باشد (۱ و ۱۶). در یک مطالعه روی ۹ بیمار با عفونت اولیه حلق شایعترین یافته سل نازوفارنکس، توده گردنی بود. سایر نشانه‌ها

شامل بسته شدن بینی، تب و عرق شبانه بودند (۵). گلودرد یا احساس ناراحتی در گلو شایعترین یافته در سل لوزه‌ای است. یافته‌های دیگر شامل دیسفاژی، تب، اودینوفاژی، تورم گردن و احساس جسم خارجی می‌باشند (۵). در سل هایپوفارنکس یافته اصلی دیسفاژی می‌باشد (۵). سل اوروفارنکس مورد بسیار نادری است و در منابع موجود تنها ۲ مورد سل دیواره خلفی اوروفارنکس گزارش شده است (۳ و ۸). یک مورد آن به صورت اولیه بوده که در ابتدا با تونسیلیت مکرر بدون لنفادنوپاتی گردن و با ESR طبیعی ظاهر کرده بود و بتدریج علائم تب، تعریق شبانه، خستگی، درد عمومی و گلودرد یکنواخت به آن اضافه شده بود و در PCR نمونه اوروفارنکس باسیل سل دیده شد (۳). مورد دیگر ثانویه بود و به صورت دیسفاژی و اودینوفاژی تظاهر کرده بود (۸). سل حنجره ممکن است به طرف اوروفارنکس گسترش یابد اما برخلاف ضایعات بدخیم یا سایر شرایط التهابی به طرف هایپوفارنکس انتشار پیدا نمی‌کند (۱۱). احتمال بروز سل حنجره‌ای در حضور سل حلقی یا درگیری دهانی در حدود ۸۰٪ می‌باشد (۱۱).

تب، تعریق شبانه، کاهش وزن و خستگی یافته‌های ثابتی در سل حلقی نیستند (۵، ۱۰ و ۱۶). اما تست PPD در اغلب بیماران مثبت می‌باشد (۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۷). ESR در اغلب بیماران بالا بوده و در یک مطالعه ۶ نفر از ۹ بیمار مبتلا به سل حلقی، ESR بین ۷۹-۲۳ میلیمتر در یک ساعت داشتند (۷، ۱۱، ۱۲ و ۱۷). سل حلق جزء مواردی است که باید در تشخیص افتراقی ضایعات حلق بویژه در مناطق اندمیک قرار گیرد (۵).

تشخیصهای افتراقی دیگر ضایعات حلق بویژه در مواردی که نمای هیستوپاتولوژیک، پیشنهاد کننده یک بیماری گرانولوماتوز است شامل، بدخیمیا (کارسینوم نازوفارنکس) گرانولوم خط وسط، گرانولوم و گنر، سارکوییدوز، سیفلیس، لنفوم، عفونت قارچی، لپروسی و پری‌آرتريت ندوزا می‌باشد (۱، ۳ و ۱۲). حتی در مواردی ممکن است سل حلق و بدخیمی همراه یکدیگر وجود داشته باشند (۷). بنابراین برای به دست آوردن یک تشخیص قطعی

6- Chopra RK., Kerner MM., Calcaterra TC., Primary nasopharyngeal tuberculosis: a case report and review of this rare entity, *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1994, 11(6): 820-3.

7- Al-Serhani AM., Al-Rikabi AC., Assiry MA., Primary nasopharyngeal tuberculosis: case report and review of the literature, *ENT J*, 1997, 76(1): 41-2.

8- Caylan R., Aydin K., Caylan R., Oropharyngeal tuberculosis causing severe odynophagia and dysphagia, *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2002, 259: 229-30.

9- Rom WN., Garay SM., Tuberculosis, 1 st ed., Boston. Little. Brown, 1996, PP: 567.

10- Percodani J., Braun F., Arrue P., Yardeni E., Murris-Espin M., Nasopharyngeal tuberculosis, *J Laryngol Otol*, 1999, 113: 928-31.

11- Goyal A., Nagarkar NM., Uppal KS., Mohan H., Dass A., Tuberculosis of the pyriform fossa-a rare entity, *J Laryngol Otol*, 1998, 112: 728-83.

12- Selimoglu E., Sutbeyaz Y., Ciefcioglu MA., Parlak M., Esrefoglu M., Ozturk A., Primary tonsillar tuberculosis: a case report, *The J Laryngol Otol*, 1995, 109: 880-2.

13- Parbhu SR., Daftary DK., Dholakia HM., Tuberculosis ulcer of the tongue, *J Oral Surg*, 1978, 36: 384-6.

14- Waldman RH., Tuberculosis and atypical mycobacteria, *Otolaryngol Clin North Am*, 1982, 15: 581.

15- Goodman RS., Mattel S., Kaufman D., Grant JM., Tuberculoma of the nasopharynx, *Laryngoscope*, 1981, 91: 794-7.

16- Waldron J., Van Hasselt AC., Skinner DW., Arnold M., Tuberculosis of the nasopharynx: clinicopathological features, *Clin Otolaryngol*, 1992, 17: 57-9.

17- Yadan SPS., Singh I., Singh J., Primary nasopharyngeal tuberculosis (Correspondence), *Tuberc Lung Dis*, 1992, 73: 397.

18- Centers for disease control and prevention. Initial therapy for tuberculosis in the area of multidrug resistance: Recommendation of the advisory council for the elimination of tuberculosis, *JAMA*, 1993, 270: 694-698.

لازم است تا از ضایعه فضاگیر بیوپسی انجام شود (۱۰ و ۱۶) و سل به عنوان یک تشخیص افتراقی هر چند نادر در این ضایعات، در نظر گرفته شود. اثر بخشی درمانهای امروزی ضد سل بر سل حلق ثابت شده است (۵ و ۱۱) و معمولاً چند هفته پس از شروع درمان بهبودی واضحی حاصل می شود (۱، ۶، ۱۰ و ۱۱).

در مطالعات انجام شده حتی در کشورهای پیشرفته و در بیماران تحصیل کرده و آگاه نشان داده شده است که حداقل ۳۰٪ این بیماران برنامه درمانی را بطور کامل و تا پایان مدت لازم پیگیری نمی کنند.

به عنوان نتیجه گیری کلی می توان گفت در شرایط کنونی استفاده از روش درمان با مشاهده مستقیم (DOT)، تنها راه موفق و موثر برای کنترل بیماری سل در جوامع مختلف می باشد (۱۸). بطوری که بیمار ما با وجود مصرف داروها و بهبود نسبی، در ابتدای درمان به دلیل عدم نظارت مستقیم بر مصرف داروها فوت کرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری آقای دکتر بقراطیان در زمینه انجام اندوسکوپی و تهیه بیوپسی از ضایعه تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

1- Bath AP., Flynn PO., Gibbin KP., Nasopharyngeal tuberculosis, *J laryngol Otol*, 1992, 106: 1079-80.

2- Rohwedder JJ., Upper respiratory tract tuberculosis, Sixteen cases in a general hospital, *Ann. Intern. Med*, 1974, 80: 708-13.

3- Hajioff D., Snow MH., Thaker H., Wilson JA., Primary tuberculosis of the posterior oropharyngeal wall, *J laryngol Otol*, 1999, 113: 1029-30.

4- Sharma HS., Kurl DN., Kamal MZM., Tuberculoid granulomatous lesion of the pharynx-review of the literature, *Auris Nasus Larynx*, 1998, 25: 187-91.

5- Al-Serhani A., Al-Mazrou K., Pharyngeal tuberculosis, *Am J Otolaryngol*, 2001, 22(4): 236-40.

TUBERCULOSIS OF POSTERIOR OROPHARYNGEAL WALL: A CASE REPORT

I *II* *III* *IV*
Sh. Ghasemi, MD A. Chehrei, MD *N. Sadigh S. Akhavanfard

ABSTRACT

Upper respiratory tract is a rare site of tuberculosis infection. (1.9% of all tuberculosis cases). There are a few reported cases of nasopharyngeal and palatine tonsil infection, but posterior oropharynx is extremely a rare entity. The patient of the present study was a 67-year-old woman who referred to Shohadaye Haftom-e-Tir Hospital with progressive dysphagia and odinophagia from which she was suffering for about two months before being admitted to the hospital. She also had a history of productive cough without hemoptysis, which was associated with fever, chill, night perspiration and weight loss. Clinical examination revealed an exudative pharynx and cervical lymphadenopathy. Her chest roetgenogram showed a diffused reticulonoduler pattern and hillar lymphadenopathy of lungs. A pharyngeal fiber-optic examination showed an ulcerative mass in the posterior oropharyngeal wall. Also biopsy was taken and a culture for mycobacterium was positive. According to positive sputum staining for acid fast bacillus (AFB), oropharyngeal lesions and chest X-ray a diagnosis of tuberculosis of oropharynx with miliary tuberculosis was made; therefore, the patient underwent anti-tubercular treatment. She was discharged with markedly decreased symptoms, but one month later she died because of stopping her medications. Upper respiratory tracts are generally resistant to tuberculosis, however, repeated exposure to infected sputum may overwhelm this defense. Pharyngeal tuberculosis should be included in the differential diagnosis of pharyngeal lesions, especially in endemic regions. The most important differential diagnosis of these lesions are neoplasms of pharynx. In conclusion, biopsies are indispensable for diagnosis and DOT (Directly Observed Therapy) is highly recommended.

Key Words: 1) Tuberculosis 2) Oropharynx 3) Pharynx

This article is presented in the 3rd Students' Research Seminar, Tehran, 2002.

I) Assistant professor of Infectious disease, Shohaday-e Haftom Tir Hospital, Shahr-e Ray, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

II) General physician, member of student's research committee, Iran University of Medial Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

III) Medical student, member of student's research committee, Iran University of Medial Sciences and Health Services, Tehran, Iran(*Corresponding author).

IV) Medical student, member of student's research committee, Iran University of Medial Sciences and Health Services, Tehran, Iran.